



Bern, Februar 2026

Revision des Krankenversicherungsgesetzes Anpassung der Franchise

Erläuternder Bericht
zur Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens



Übersicht

Die vorliegende Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betrifft die regelmässige Anpassung der Franchise anhand der Kostenbeteiligung der Versicherten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Ausgangslage

Im Rahmen der Strategie «Gesundheit2030» verfolgt der Bundesrat das Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten und gleichzeitig das Kostenwachstum im Gesundheitswesen einzudämmen. Im Vordergrund stehen die Stärkung der Leistungsqualität und die Wahrung der Solidarität zwischen den Versicherten, zumal die stetig steigenden Prämien die Haushalte zunehmend belasten.

Inhalt der Vorlage

Bundesrat und Parlament möchten die Eigenverantwortung der Versicherten stärken, um zur Kostendämpfung beizutragen. In Erfüllung der von Ständerätin Esther Friedli eingereichten Motion 24.3636 «Mindestfranchise den realen Gegebenheiten anpassen» beinhaltet diese Vorlage eine Anpassung der Franchise je nach Kostenbeteiligung der Versicherten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Vorgesehen ist eine Anhebung der Franchise auf 400 Franken bei Inkrafttreten dieser Vorlage. Die Parameter für die Franchiseerhöhung werden in der entsprechenden gesetzlichen Bestimmung definiert. Nach dem Willen der Motionärin wie auch des Bundesrats ist sicherzustellen, dass die Franchiseerhöhung und der Anpassungsmechanismus moderat ausfallen.

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	4
1.1	Handlungsbedarf und Ziele	4
1.2	Verhältnis zur Legislaturplanung sowie zu Strategien des Bundesrates ...	4
1.3	Erledigung parlamentarischer Vorstösse.....	5
2	Rechtsvergleich, insbesondere mit dem europäischen Recht	5
3	Grundzüge der Vorlage	5
3.1	Ausgangslage.....	5
3.2	Wahl der Franchise	6
3.3	Umsetzung und Beschreibung des Mechanismus.....	8
4	Erläuterungen zum Artikel	10
5	Auswirkungen	13
5.1	Auswirkungen auf den Bund.....	13
5.1.1	Finanzielle Auswirkungen.....	13
5.1.2	Personelle Auswirkungen	13
5.2	Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden	13
5.3	Auswirkungen auf die Krankenversicherung	14
5.4	Auswirkungen auf die Volkswirtschaft	15
5.5	Auswirkungen auf die Gesundheit und die Gesellschaft	15
6	Rechtliche Aspekte.....	15
6.1	Verfassungsmässigkeit	15
6.2	Vereinbarkeit mit internationalen Verpflichtungen der Schweiz.....	16
6.3	Erlassform	16
6.4	Unterstellung unter die Ausgabenbremse	16

1 Ausgangslage

1.1 Handlungsbedarf und Ziele

Mit diesem Entwurf zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994¹ über die Krankenversicherung (KVG) wird die Motion [24.3636](#) Friedli «Mindestfranchise den realen Gegebenheiten anpassen» umgesetzt, die am 13. Juni 2024 im Ständerat eingereicht wurde. Sie wurde am 26. September 2024 vom Ständerat und am 19. März 2025 vom Nationalrat angenommen.

Die gleich lautende Motion [24.3608](#) Gutjahr wurde gleichentags im Nationalrat eingereicht. Sie wurde am 16. Dezember 2024 vom Nationalrat angenommen, aber im Ständerat noch nicht behandelt.

Die genannten Motionen verlangen vom Bundesrat, bei der Kostenbeteiligung die rechtlichen Rahmenbedingungen so zu ändern, dass die Franchise besser die aktuelle Kostensituation in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abbildet. So sollen die Gesundheitskosten gesenkt und gleichzeitig die Eigenverantwortung der Versicherten gefördert werden.

Die Motionen sehen eine Erhöhung und periodische Anpassung der Franchise vor. Die Franchiseerhöhung und der Anpassungsmechanismus sollen moderat ausfallen. Kinder bleiben von der Franchise befreit (Art. 64 Abs. 4 KVG), sofern sie nicht im Rahmen besonderer Versicherungsformen versichert sind.

1.2 Verhältnis zur Legislaturplanung sowie zu Strategien des Bundesrates

Die Vorlage ist weder in der Botschaft vom 24. Januar 2024² zur Legislaturplanung 2023–2027 noch im Bundesbeschluss vom 6. Juni 2024³ über die Legislaturplanung 2023–2027 angekündigt.

Die Vorlage steht im Einklang mit der vom Bundesrat am 6. Dezember 2029 verabschiedeten Strategie Gesundheit2030⁴.

¹ SR 832.10

² BBl 2024 525

³ BBl 2024 1440

⁴ Die Strategie ist abrufbar unter: www.bag.admin.ch > Politik & Gesetze > Nationale Gesundheitspolitik > Gesundheitspolitische Strategien > Gesundheit2030 > Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrats 2020–2030.

1.3 Erledigung parlamentarischer Vorstösse

Der Bundesrat beantragt die Abschreibung der folgenden Motion:

- Motion Nr. 24.3636 von Ständerätin Esther Friedli mit dem Titel «Mindestfranchise den realen Gegebenheiten anpassen»

Diese Vorlage entspricht vollumfänglich den Zielen der oben genannten Motion.

2 Rechtsvergleich, insbesondere mit dem europäischen Recht

Das Recht der Europäischen Union (EU) im Bereich der sozialen Sicherheit sieht keine Harmonisierung der nationalen Sozialversicherungssysteme vor. Den Mitgliedstaaten steht es frei, die konkrete Ausgestaltung, den persönlichen Geltungsbereich, die Finanzierungsmodalitäten und die Organisation ihres Sozialversicherungssystems weitgehend selbst zu bestimmen. Dabei müssen sie jedoch die Koordinierungsgrundsätze gemäss den Verordnungen (EG) Nr. 883/2004⁵ und Nr. 987/2009⁶, wie das Diskriminierungsverbot, die Anrechnung von Versicherungszeiten und die grenzüberschreitende Leistungserbringung, beachten.

Angesichts der Tragweite dieser Vorlage und des Umstands, dass sie die Finanzierungsmodalitäten des Sozialversicherungssystems betrifft, wird auf einen Vergleich mit dem ausländischen Recht verzichtet.

3 Grundzüge der Vorlage

3.1 Ausgangslage

Bei Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996 beliefen sich die Bruttoleistungen⁷ zu Lasten der OKP, also die über die Prämien und Kostenbeteiligungen finanzierten Leistungen, auf 12 Milliarden Franken⁸ pro Jahr. Bis 2024 waren sie auf 42 Milliarden Franken⁹

⁵ Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. L 166 vom 30.4.2004, S. 1; zuletzt geändert durch Verordnung (EU) Nr. 2019/1149, ABl. L 186 vom 11.7.2019, S. 21.

⁶ Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Sept. 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. L 284 vom 30.10.2009, S. 1; zuletzt geändert durch Verordnung (EU) Nr. 2017/492, ABl. L 76 vom 22.3.2017, S. 13.

⁷ Die Bruttoleistungen umfassen alle Leistungen ohne Kantonsbeitrag nach Artikel 60 Absatz 1 E-KVG.

⁸ Die Bruttoleistungen wurden wahrscheinlich in den ersten Jahren der Umsetzung des KVG aufgrund des vorherrschenden Systems des Tiers garant und der Zahlungsfristen unterbewertet.

⁹ Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2024, T 1.01, 7A Bruttoleistungen

gestiegen. Dieser Anstieg lässt sich teilweise mit der demografischen Entwicklung, dem medizinisch-technischen Fortschritt und der zunehmenden Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen erklären.

Der Bundesrat hat die Franchise mehrfach angepasst. 1996 betrug sie 150 Franken pro Jahr. Von 1998 bis 2003 wurde sie auf 230 Franken pro Jahr und bei der letzten Anpassung im Jahr 2004 schliesslich auf 300 Franken pro Jahr angehoben.

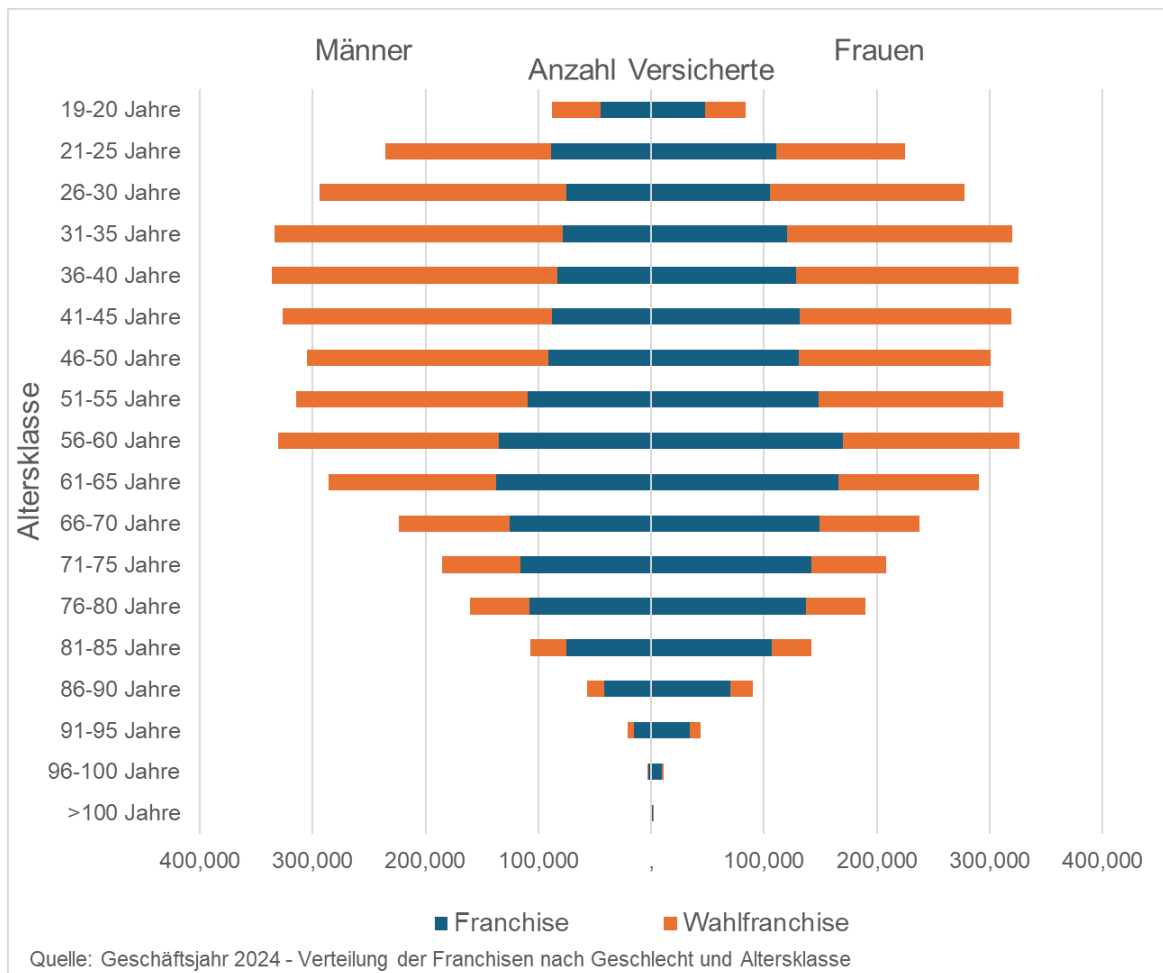
Mit dieser Vorlage soll die Franchise erhöht werden, wobei sichergestellt wird, dass der Anpassungsmechanismus moderat ausfällt. Die gleiche Franchise kann mehrere Jahre lang beibehalten werden, um die Systemstabilität zu gewährleisten. Zudem bleiben Kinder von der Franchise ausgenommen, sofern sie nicht im Rahmen besonderer Versicherungsformen versichert sind.

Anzumerken ist, dass die Idee einer Franchiseerhöhung nicht neu ist. Im Rahmen der KVG-Revision (Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung; BBl 2018 2705) in Erfüllung der Motion 15.4157 Bischofberger «Franchisen der Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anpassen» hatte der Bundesrat vorgeschlagen, die Franchise um 50 Franken zu erhöhen, sobald die durchschnittlichen Bruttokosten der Leistungen pro versicherte Person nach den Artikeln 25–31 KVG mehr als 13-mal höher liegen als die ordentliche Franchise (also $13 \times 300 = 3900$). Das Verhältnis von 1:12 zwischen Franchise und Bruttokosten hätte so beibehalten werden können. Die Vorlage wurde vom Nationalrat am 22. März 2019 in der Schlussabstimmung abgelehnt (63/101/28).

3.2 Wahl der Franchise

Auf der Grundlage von anonymisierten Individualdaten publiziert das BAG jedes Jahr die Verteilung der Franchisen nach Altersklasse und Geschlecht¹⁰. Die nachfolgende Grafik zeigt – aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Altersklasse –, wie viele Versicherte im Jahr 2024 die ordentliche Franchise bzw. eine Wahlfranchise gewählt haben.

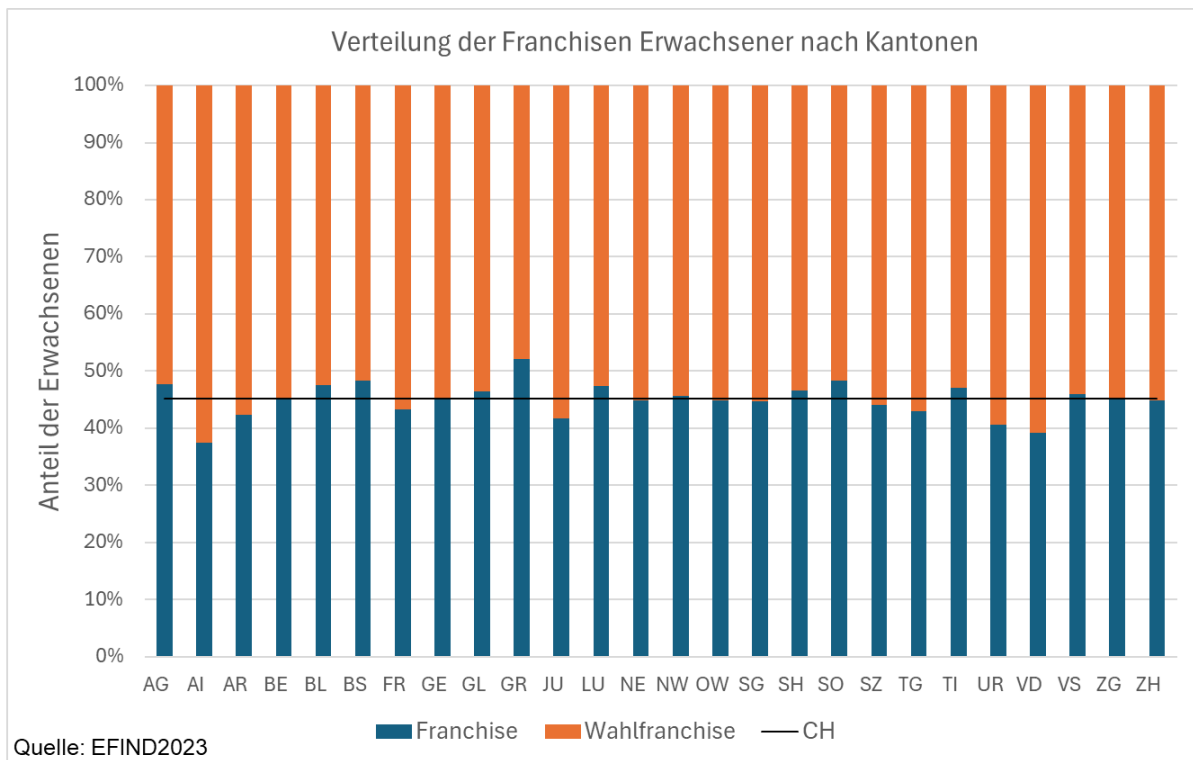
¹⁰ [Individualdaten Krankenversicherung: Statistik](#)



Im Jahr 2024 hatten 3,3 Millionen Erwachsene (45 %) die Franchise und 4,0 Millionen (55 %) eine Wahlfranchise gewählt. Grundsätzlich wählen kranke Menschen die Mindestfranchise, während gesunde Personen die höchste Franchise bevorzugen. Über alle Altersklassen hinweg fällt der Entscheid zwischen Franchise und Wahlfranchise bei Frauen ziemlich ausgewogen aus, während Männer eher zu den Wahlfranchisen tendieren. Entsprechend betrifft die Franchise mehr Frauen (1,9 Mio. bzw. 57 % der Erwachsenen mit Mindestfranchise) als Männer (1,4 Mio. bzw. 43 %).

Obwohl der Anteil der Erwachsenen, welche die Franchise wählen, in den höheren Altersklassen zunimmt, ist in absoluten Zahlen kein markanter Unterschied zu beobachten. Eine Franchiseerhöhung würde in folgenden Altersklassen jeweils etwa gleich viele Personen betreffen: 19–45 Jahre, 46–65 Jahre und über 66 Jahre (ca. 1,1 Mio. pro Altersklasse). Betrachtet man hingegen die relativen Zahlen innerhalb einer Altersklasse, betrifft die Franchise mehr ältere als ganz junge Menschen. So haben beispielsweise 31 % der 26- bis 30-Jährigen diese Franchise gewählt, während es bei den 81- bis 85-Jährigen 73 % sind.

Eine vertiefte Analyse der Individualdaten gibt Aufschluss über die Verteilung der Franchisen nach Kantonen.



In manchen Kantonen ist der Versichertenbestand stärker von einer Anhebung der Franchise betroffen als in anderen. So wählen beispielsweise im Kanton Graubünden mehr als die Hälfte der Erwachsenen die Franchise (52 %); in den Kantonen Waadt oder Appenzell Innerrhoden liegt dieser Anteil hingegen unter 40 %.

3.3 Umsetzung und Beschreibung des Mechanismus

In Artikel 103 Absatz 1 der Verordnung vom 27. Juni 1995¹¹ über die Krankenversicherung (KVV) ist die Höhe der im Rahmen der ordentlichen Versicherung geltenden Mindestfranchise festgelegt. Daneben haben die Versicherten die Möglichkeit, im Rahmen besonderer Versicherungsmodelle eine höhere Franchise zu wählen.

Der Bundesrat ändert daher jedes Mal diese Bestimmung, wenn die Franchise angepasst werden muss. Die Motion 24.3636 fordert einen Mechanismus zur regelmässigen Anpassung der Mindestfranchise an die realen Gegebenheiten. Die Wahlfranchisen sind hingegen nach dem Willen der Motionärin und des Bundesrats nicht Gegenstand der Vorlage. Die Differenz zwischen der niedrigsten und der höchsten Franchise wird sich somit leicht verringern. Folglich sinkt auch die maximale Prämienreduktion bei Wahlfranchisen leicht, denn diese darf nicht höher sein als 70 % des von der versicherten Person übernommenen Risikos (Art. 95 Abs. 2^{bis} KVV).

Der im Rahmen der Motion Bischofberger vorgeschlagene Mechanismus stützte sich ausschliesslich auf die Franchisen, berücksichtigte aber die gesamte

¹¹ SR 832.102

Kostenbeteiligung der Versicherten nicht. Da die Bruttoleistungen derzeit um über 200 Franken pro versicherte Person und Jahr steigen, müsste die Franchise bei einem solchen Mechanismus etwa alle drei Jahre heraufgesetzt werden. Zudem sollten auch andere die Kostenbeteiligung erhöhende Massnahmen bei der Festsetzung der Franchise berücksichtigt werden. Deshalb ist eine Lösung vorzuziehen, die sich auf die Kostenbeteiligung der Versicherten stützt.

Zur Erinnerung: Die Kostenbeteiligung Erwachsener setzt sich zusammen aus einem festen Jahresbetrag (Franchise), 10 % der diese Franchise übersteigenden Kosten bis zu einem Höchstbetrag von 700 Franken (Selbstbehalt) und einem Spitalkostenbeitrag von 15 Franken pro Tag. Die Kostenbeteiligung umfasst auch den Selbstbehalt für Medikamente, der bis zu 40 % betragen kann, wenn mehrere Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen in der Spezialitätenliste (SL) aufgeführt sind. Beim Kauf von Medikamenten, für die ein Selbstbehalt von 40 % gilt, kann folglich der von der versicherten Person effektiv entrichtete Gesamtselbstbehalt über 700 Franken liegen¹².

Es ist vorgesehen, dass die Franchise bei Inkrafttreten der KVG-Revision zunächst auf 400 Franken angehoben wird.

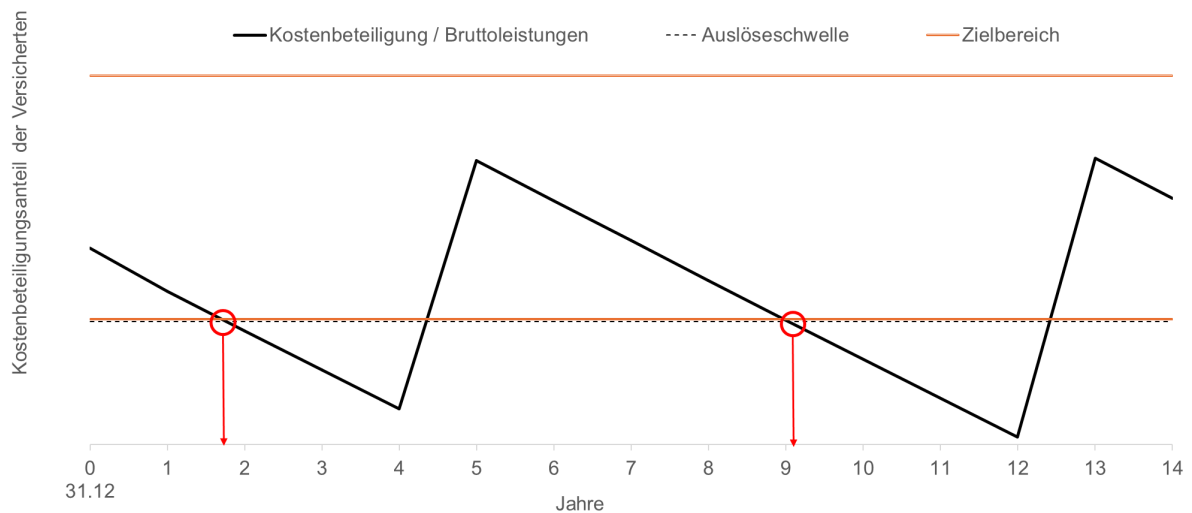
Dann wird die Franchise heraufgesetzt, sobald der Kostenbeteiligungsanteil der Versicherten unter eine bestimmte **Auslöseschwelle** sinkt, sodass er in einem bestimmten **Zielbereich** bleibt. In Kapitel **Erreur ! Source du renvoi introuvable** wird ausführlich erläutert, wie die Auslöseschwelle und der Zielbereich bestimmt wurden.

Der Kostenbeteiligungsanteil der Versicherten wird berechnet, indem die Bruttoleistungen durch die Kostenbeteiligung gemäss Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (T 2.14 / T 2.01) geteilt werden. Dabei handelt es sich um die Bruttoleistungen und die Kostenbeteiligungen aller Versicherten. Der Anteil der Kostenbeteiligungen aller Versicherten ist über die Zeit ein stabilerer Indikator. Im Gegensatz dazu ist der nur anhand der Versicherten mit Mindestfranchise berechnete Anteil historisch gesehen volatil, da er auf einer kleineren Gruppe basiert, deren Zusammensetzung sich häufiger ändert und die zu Franchisewechseln neigt, was häufigere oder stärkere Franchiseerhöhungen zur Folge hat. Ein aggregierter Indikator ermöglicht hingegen moderatere Anpassungen der Franchise. Überdies berücksichtigt der Mechanismus bei der Festlegung der Franchise weitere Faktoren, welche die Kostenbeteiligung beeinflussen. Damit wird vermieden, dass Menschen mit chronischen Erkrankungen abgestraft werden, was im Sinne von Bundesrat und Parlament ist.

Das folgende Schema veranschaulicht diesen Mechanismus:

¹² Für weitere Informationen: [Differenzierter Selbstbehalt bei Arzneimitteln](#)

Schematische Darstellung des Mechanismus



Die periodische Franchiseerhöhung muss so angesetzt werden, dass der damit erreichte Anteil im Jahr der Erhöhung im Zielbereich liegt. Im obigen Beispiel wird die neue Franchise im Jahr 4 anhand der für das Jahr 5 prognostizierten Bruttoleistungen und Kostenbeteiligungen festgelegt.

Zu beachten ist, dass eine Vorlaufzeit von mindestens drei Jahren gilt, wie das Beispiel zeigt:

- Im Laufe des Jahres 2: Die Schwelle wird unterschritten.
- Mitte Jahr 3: Das Unterschreiten der Schwelle wird festgestellt, sobald die Statistik der obligatorischen Krankenversicherung zum Jahr 2 erscheint.
- Zeitraum zwischen Mitte Jahr 3 und 4: Die Verordnung wird zur Festlegung der neuen Franchise revidiert und in die öffentliche Vernehmlassung geschickt.
- Mitte Jahr 4: Es läuft eine Frist zur Information der Versicherer über die neue Franchise, bevor die Prämien für das Jahr 5 genehmigt werden.
- Jahr 5: Die neue Franchise tritt in Kraft.
- Dieser Vorgang wiederholt sich, sobald die Schwelle im Laufe des Jahres 10 erneut unterschritten wird.

4 Erläuterungen zum Artikel

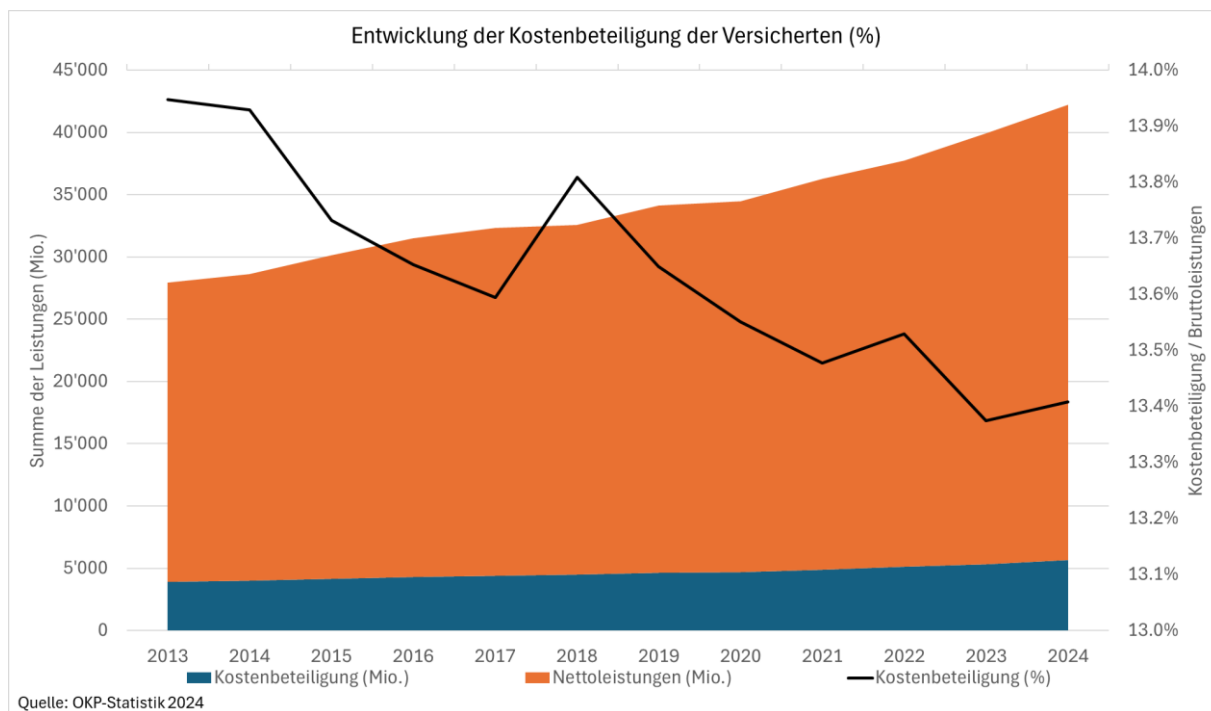
Art. 64 Abs. 3, 2. Satz

Gemäss Artikel 64 Absatz 3 KVG hat der Bundesrat die Kompetenz, die Höhe der Franchise zu bestimmen. Wie unter Ziffer **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** erwähnt, hat er die Franchise bereits mehrfach angepasst (150, dann 230 und schliesslich 300 Franken).

Mit der Annahme der Motion 24.3636 Friedli hat das Parlament den Bundesrat beauftragt, die Franchise zu erhöhen und periodisch anzupassen. Sowohl die Erhöhung als auch der Anpassungsmechanismus sollen moderat ausfallen – dies insbesondere, damit chronisch kranke Menschen nicht übermässig belastet werden. Der gewählte Anpassungsmechanismus basiert auf den Kostenbeteiligungen aller

Versicherten. Zu seiner Einführung mussten zwei Parameter definiert werden: Auslöseschwelle und Zielbereich.

Anhand der OKP-Statistik zu den Bruttoleistungen (T 2.14) und zur Kostenbeteiligung (T 2.01) lässt sich rückblickend die Entwicklung der Kostenbeteiligung der Versicherten über den Zeitraum 2013–2024 beobachten.



Bei Inkrafttreten des KVG am 1. Januar 1996 belief sich die Kostenbeteiligung der Versicherten gemäss der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung auf 13,5 %. In den letzten zehn Jahren schwankte dieser Anteil zwischen 13,4 % und 13,9 % und zeigte dabei einen Abwärtstrend.

Die vorgeschlagene Auslöseschwelle liegt bei 13,5 %, was ungefähr dem bei Einreichung der Motion im Jahr 2024 (und bei Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996) beobachteten Wert entspricht. Diese Schwelle bildet den Ausgangspunkt des Mechanismus: Liegt sie zu tief, besteht das Risiko, dass sie nie erreicht wird, während eine zu hoch angesetzte Schwelle zu einer übermässigen Erstanpassung führen kann.

Der vorgeschlagene Zielbereich liegt zwischen 13,5 % und 14,0 %. Diese Wahl bildet den besten Kompromiss zwischen Häufigkeit und Ausmass der Erhöhungen im Laufe der Zeit und lässt gleichzeitig einen gewissen Spielraum. Die Franchise wird um mindestens 50 Franken erhöht und auf das nächste Vielfache von 50 Franken gerundet.

Artikel 64 Absatz 3 definiert transparent die Kostenbeteiligungsschwelle, unterhalb derer der Mechanismus zur Franchiseerhöhung ausgelöst wird.

Eine Prognose wurde für den Zeitraum 2025–2035 erstellt, um die Entwicklung der Franchise mit den oben definierten Parametern abzuschätzen. Diese Prognose basiert

auf im Jahr 2023 beobachteten Szenarien¹³, berücksichtigt eine Vorlaufzeit von drei Jahren und rechnet mit einer Erhöhung der Franchise auf 400 Franken im Jahr 2029:

Jahr	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
Franchise	300	300	300	300	400	400	400	400	400	500*	500
Bruttoleistungen (Mio. CHF)	43'532	44'879	46'269	47'701	49'177	50'700	52'269	53'887	55'555	57'275	59'048
Kostenbeteiligung (Mio. CHF)	5'800	5'941	6'086	6'234	6'719	6'883	7'051	7'223	7'399	7'875	8'067
Kostenbeteiligung pro versicherte Person (%)	13.32%	13.24%	13.15%	13.07%	13.66%	13.58%	13.49%	13.40%	13.32%	13.75%	13.66%
Schwelle	13.50%	13.50%	13.50%	13.50%	13.50%	13.50%	13.50%	13.50%	13.50%	13.50%	13.50%

*Der Zielbereich liegt zwischen 450 und 550 Franken.

Gemäss diesen Prognosen wird die Schwelle im Jahr 2031 unterschritten, was eine Franchiseerhöhung in einem Zielbereich zwischen 450 und 550 Franken im Jahr 2034 zur Folge hätte. Bei einer Anhebung der Franchise auf beispielsweise 500 Franken würde die Kostenbeteiligung der Versicherten auf 13,75 % steigen.

Hinzu kommt, dass Bruttoleistungen und Kostenbeteiligung auch unter Berücksichtigung der Änderung des KVG betreffend die einheitliche Finanzierung der Leistungen (EFAS) definiert werden müssen. Ab 2028 sollen ambulante und stationäre Leistungen und ab 2032 auch die Pflegeleistungen einheitlich finanziert werden¹⁴. In Bezug auf den oben beschriebenen Mechanismus sind Bruttoleistungen hier als Leistungen nach Abzug des Kantonsbeitrags zu verstehen. Folglich werden die so definierten Bruttoleistungen im Jahr 2028 voraussichtlich abnehmen, und zwar zu Lasten der Kantone. Der Grund dafür ist, dass die Kantone wieder den höheren Finanzierungsanteil der Jahre 2016–2019 übernehmen müssen. Seit diesem Zeitraum ist dieser Anteil aufgrund des stärkeren Wachstums der ambulanten Kosten zurückgegangen. 2032 werden die so definierten Bruttoleistungen wieder zunehmen, wahrscheinlich in geringerem Umfang. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Versicherten im Bereich der Pflegeleistungen im Heim und zu Hause gegenüber den Kantonen seit dem Zeitraum 2016–2019 entlastet wurden. Dieser Effekt wird mit der Eingliederung der Pflegeleistungen in die einheitliche Finanzierung aufgehoben.

Gleichzeitig sollte die einheitliche Finanzierung zu einer leicht höheren Kostenbeteiligung der Versicherten führen. Da die stationären Bruttokosten höher ausfallen, steigt die Beteiligung der Versicherten. Dasselbe gilt für Pflegeleistungen zu Hause und im Heim. Dieser Anstieg fällt jedoch relativ gering aus, denn es ist damit zu rechnen, dass ein Grossteil der Versicherten, die sich an den stationären Kosten und

¹³ Die Prognose für die Bruttoleistungen und die Kostenbeteiligung der Versicherten basiert auf dem zwischen 2018 und 2023 beobachteten Wachstum (3,1 % bei den Bruttoleistungen und 2,4 % bei der Kostenbeteiligung). Auf der Grundlage der Individualdaten für 2023 würde eine Anhebung der Mindestfranchise um 10 % die Kostenbeteiligung der Versicherten um 1,6 % erhöhen.

¹⁴ Für weitere Informationen: [KVG-Änderung: Einheitliche Finanzierung der Leistungen](#)

an den Pflegeleistungskosten beteiligen, dies bereits auf dem Maximum tun (Ausschöpfung der Franchise und des Selbstbehalts). Bei den ambulanten Leistungen ändert sich nichts bezüglich der Kostenbeteiligung.

Folglich rechnen wir mit einem leichten Anstieg der Kostenbeteiligung der Versicherten, was eine weitere Erhöhung der Franchise nach der Anhebung auf 400 Franken im Jahr 2029 hinauszögert.

5 Auswirkungen

5.1 Auswirkungen auf den Bund

5.1.1 Finanzielle Auswirkungen

Wenn die höhere Kostenbeteiligung zu einer moderateren Inanspruchnahme von Leistungen durch die Versicherten führt, ergibt sich daraus ein geringeres Kostenwachstum zu Lasten der OKP. Dies würde einen reduzierten Bundesbeitrag zur Verbilligung der Prämien (Art. 66 KVG) bedeuten. Diese Reduzierung lässt sich jedoch nicht genau beziffern.

5.1.2 Personelle Auswirkungen

Die Umsetzung der Gesetzesänderung hat keine personellen Auswirkungen auf den Bund.

5.2 Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden

Wenn eine erhöhte Kostenbeteiligung dazu führt, dass die Versicherten zurückhaltender Leistungen in Anspruch nehmen, würde dies ein geringeres Kostenwachstum in der OKP bedeuten. So sollten die Kantone im Bereich der Prämienverbilligung Einsparungen erzielen. Diese lassen sich jedoch, wie diejenigen des Bundes, nicht genau beziffern (Ziff. 5.1.1).

Die Erhöhung der Franchise führt zunächst zu einem Kostenanstieg bei den Ergänzungsleistungen (EL), da Franchise und Kostenbeteiligung im Rahmen der Krankheits- und Behinderungskosten übernommen werden, die vollständig zu Lasten der Kantone gehen (Art. 14 Abs. 1 Bst. g Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, ELG)¹⁵.

Die Erhöhung der Franchise dürfte sich jedoch auch auf die Prämie der OKP auswirken, die im Rahmen der EL übernommen wird. Diese Leistung wird von den Kantonen finanziert. Im Rahmen der EL beteiligt sich der Bund nicht direkt an der Finanzierung der OKP-Prämie von EL-Bezügerinnen und -Bezügern (Art. 39 Abs. 4 Verordnung vom 15. Januar 1971 über die Ergänzungsleistungen zur Alters-,

¹⁵ SR 831.30

Hinterlassenen- und Invalidenversicherung¹⁶). Er beteiligt sich jedoch indirekt im Rahmen des Bundesbeitrags an die Prämienverbilligungen. Die Kantone dürfen frei über diese Mittel verfügen. Diese Vorlage könnte somit eine Reduzierung der anerkannten Ausgaben bewirken, die durch die Ergänzungsleistungen gedeckt sind, wenn die Erhöhung der Franchise zu einer Senkung der OKP-Prämie führt.

Es ist schwierig, die Auswirkungen der Franchiseerhöhung auf die Höhe der Krankenkassenprämien abzuschätzen. Das BAG geht davon aus, dass die Prämien im Durchschnitt um 0,8 %¹⁷ sinken würden. Hätten die EL-Bezügerinnen und -Bezüger eine Senkung ihrer Krankenkassenprämien um 0,8 % erfahren, würden sich die erzielten Einsparungen auf rund 18 Millionen Franken belaufen (Stand Dezember 2024). Da die Krankenkassenprämien zu Lasten der Kantone gehen, würden diese Einsparungen ausschliesslich den Kantonen zugutekommen.

Erhöhte Ausgaben sind auch im Bereich der Sozialhilfe zu erwarten. Die Gesundheitsversorgung im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung gemäss KVG ist Teil der materiellen Grundsicherung. Gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) sind die Kosten für Selbstbehalte und Franchisen als Aufwandposition im Unterstützungsbudget zu berücksichtigen (SKOS-Richtlinien C.5). Es lässt sich eine Maximalhypothese für den Kostenanstieg berechnen: Hätten die ungefähr 386'000 Erwachsenen EL-Bezügerinnen und -Bezüger, die 2024 von einer Verbilligung der Krankenkassenprämien profitierten (407'515 von den Kantonen gemeldete Bezügerinnen und -Bezüger, abzüglich ca. 5,3 %, bei denen es sich um Kinder handelt)¹⁸ eine Rückerstattung von 400 statt 300 Franken erhalten, hätten sich die Mehrausgaben auf 39 Millionen Franken belaufen. Da die Krankheits- und Behinderungskosten zu Lasten der Kantone gehen, würden die Mehrausgaben ausschliesslich von den Kantonen getragen. Anzumerken ist, dass jeder Kanton die Möglichkeit hat, anhand seiner kantonalen Zahlen eine genauere Schätzung der finanziellen Auswirkungen für sich selbst vorzunehmen.

5.3 Auswirkungen auf die Krankenversicherung

Die periodische Franchiseanpassung zwingt die Versicherer zu einer regelmässigen Angleichung ihrer IT-Systeme. Ähnliche Anpassungen wurden bereits bei anderen Gelegenheiten vorgenommen. Die Änderungen werden zwar häufiger, aber die damit verbundenen Kosten sind tragbar. Die Franchiseanpassung wird sich auch auf die Prämienreduktion bei Wahlfranchisen auswirken.

¹⁶ SR 831.301

¹⁷ Siehe Ziff. **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** zur detaillierten Schätzung

¹⁸ Statistik der obligatorischen Krankenversicherung

5.4 Auswirkungen auf die Volkswirtschaft

Laut Statistik der obligatorischen Krankenversicherung haben 2024 rund 3 Millionen Erwachsene (45 %) die ordentliche Franchise gewählt. Diese Versicherten müssen sich nach der Franchiseerhöhung stärker an den Kosten beteiligen, wenn sie ihre Franchise ausschöpfen. Sie übernehmen somit einen grösseren Teil ihrer Kosten selbst. Die Belastung für die OKP verringert sich entsprechend, was sich in einer Senkung der Prämien äussert. Gemäss den Individualdaten aus dem Jahr 2023 wären die Kosten der OKP mit einer Franchise von 400 Franken um 282,1 Millionen Franken tiefer ausgefallen, was einer Senkung der OKP-Prämien um 0,8 % entspricht.

In den Jahren, in denen die Franchise angepasst wird, fällt der Prämienanstieg etwas geringer aus als in den Jahren ohne Anpassung.

5.5 Auswirkungen auf die Gesundheit und die Gesellschaft

Personen mit chronischen Erkrankungen, die häufig zum Arzt gehen müssen und sich in der Regel in einem schlechten Gesundheitszustand befinden, sind von der Franchiseerhöhung betroffen. Sie müssen einen grösseren Teil der Kosten beanspruchter medizinischer Leistungen selbst übernehmen, denn sie wählen meistens die Mindestfranchise und schöpfen sie in der Regel aus. Personen mit tiefem Einkommen wählen nicht unbedingt die Mindestfranchise, aber es besteht eine erhöhte Gefahr, dass sie aus finanziellen Gründen auf notwendige medizinische Leistungen verzichten.

Allerdings ist zu beachten, dass die Franchiseerhöhung eine leichte Senkung der Prämien dieser Versicherten bewirkt. Somit müssen diese zwar mit höheren Kosten rechnen, die aber im Schnitt unter der zusätzlichen Kostenbeteiligung von 100 Franken liegen sollten, die ab Inkrafttreten des revidierten KVG gilt.

Es ist daher wichtig, für eine moderate Franchiseerhöhung zu sorgen, um einen Verzicht auf Versorgungsleistungen zu vermeiden. Denn jeglicher Aufschub von oder Verzicht auf solche Leistungen kann schwerwiegende Folgen für die Gesundheit der Versicherten haben und zusätzliche Behandlungen und Kosten nach sich ziehen, die vermeidbar gewesen wären.

6 Rechtliche Aspekte

6.1 Verfassungsmässigkeit

Gemäss Artikel 117 Absatz 1 der Bundesverfassung (BV)¹⁹ hat der Bund die Kompetenz, Vorschriften im Bereich der Krankenversicherung zu erlassen.

¹⁹ SR 101

6.2 Vereinbarkeit mit internationalen Verpflichtungen der Schweiz

Die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen sind mit den internationalen Verpflichtungen der Schweiz vereinbar, die sich aus dem Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA) sowie aus Anhang K des Übereinkommens vom 4. Januar 1960 zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA-Übereinkommen) ergeben. Die Schweiz erlässt auf der Grundlage des FZA und des revidierten EFTA-Übereinkommens Bestimmungen, die denjenigen der EU über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, namentlich den Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und (EG) Nr. 987/2009, gleichwertig sind. Dieses Recht bezweckt keine Harmonisierung der nationalen Sozialversicherungssysteme. Den Staaten steht es frei, die konkrete Ausgestaltung, den persönlichen Geltungsbereich, die Finanzierungsmodalitäten und die Organisation ihres Sozialversicherungssystems weitgehend selbst zu bestimmen. Dabei müssen sie jedoch die Koordinierungsgrundsätze (s. Kap. 2 dieses Berichts) beachten. Diese Grundsätze werden jedoch von dieser Vorlage nicht tangiert.

6.3 Erlassform

Die Vorlage enthält wichtige rechtsetzende Bestimmungen im Sinne von Artikel 164 Absatz 1 Buchstabe c BV, da sie die Rechte und Pflichten der Versicherten verändert. Sie ist deshalb in der Form eines Bundesgesetzes zu erlassen, das dem fakultativen Referendum unterstellt ist.

6.4 Unterstellung unter die Ausgabenbremse

Artikel 159 BV sieht zum Zweck der Ausgabenbegrenzung vor, dass die Subventionsbestimmungen sowie Verpflichtungskredite und Zahlungsrahmen, die neue einmalige Ausgaben von mehr als 20 Millionen Franken oder neue wiederkehrende Ausgaben von mehr als 2 Millionen Franken nach sich ziehen, in jedem der beiden Räte der Zustimmung der Mehrheit aller Mitglieder bedürfen. Der verfassungsrechtliche Subventionsbegriff umfasst nicht nur die grundlegenden Bestimmungen, die es dem Bund erlauben, Subventionen auszubezahlen, sondern nach dem *Sinn des Verfassungstextes* auch Bestimmungen, die einen Einfluss auf die Höhe der Subvention haben. Der Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung hängt von der Höhe der Bruttokosten der OKP ab. Da diese Kosten mit dieser Vorlage leicht sinken und das Bundesbudget somit entlastet wird, muss die Gesetzesänderung nicht der Ausgabenbremse unterstellt werden.